



Guía práctica de Terapia Cognitivo-Conductual para el insomnio crónico



ALIANZA
POR EL SUEÑO

www.alanzasueno.com

Grupo Coordinador

Adolfo Alcoba,

Psicólogo en INGESA y Decano del Colegio Oficial de Psicólogos de Melilla.

Manuel de Entrambasaguas,

Doctor en Medicina. Especialista en Neurofisiología Clínica. Coordinador del Grupo de Trabajo de Insomnio de la Sociedad Española de Sueño. Sección de Neurofisiología Clínica, Hospital Clínico Universitario de Valencia. INCLIVA, Instituto de Investigación Sanitaria, Valencia.

Odile Romero,

Neurofisióloga y Jefa clínico de la Sección de Neurofisiología y coordinadora de la Unidad Multidisciplinar de Sueño del Hospital del Vall d'Hebron, Barcelona. Coordinadora del grupo de trabajo sanitario de la Alianza por el Sueño.

Juan Carlos Rueda,

Responsable del Servicio Médico SABIC. Presidente de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT).

Entidades impulsoras



Asociación
Española de
Especialistas en
Medicina del
Trabajo



Sociedad Española de Sueño



Consejo General
de la **Psicología**
ESPAÑA

Esta guía ha sido elaborada gracias al trabajo conjunto de los siguientes autores:

María Aguilar,

Especialista en Neurofisiología Clínica. Responsable de la Unidad de Trastornos del Sueño en el Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Inés Albájar,

Neuróloga especializada en neurorrehabilitación y medicina del sueño en Hospital ICOT Ciudad del Telde.

Esther Alberca,

Psicóloga sanitaria y doctora en neurociencias, investigadora en el campo del sueño y sus problemas; profesora del Departamento de Psicología de la Universidad de Córdoba.

Adolfo Alcoba,

Psicólogo en INGESA y Decano del Colegio Oficial de Psicólogos de Melilla.

M^a José Aróstegui,

Psicóloga especialista en sueño de la Clínica del Sueño Estivill. Miembro del grupo de trabajo de Insomnio de la Sociedad Española de Sueño (SES).

Juan Luis Cabanillas,

Especialista en Medicina del Trabajo. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, PhD. Consejero Técnico-Inspector Médico. Junta de Andalucía.

Francesca Cañellas,

Psiquiatra del Hospital Son Espases y miembro de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental.

Sonia Carratalá,

Psiquiatra y Neurofisióloga Hospital General Universitario de Castellón.

Alex Duran,

Psicólogo sanitario especializado en insomnio (CBT-I). Director de Cebeté Psicología. Docente de posgrado. Cofundador de Iguality.org.

Manuel de Entrambasaguas,

Doctor en Medicina. Especialista en Neurofisiología Clínica. Coordinador del Grupo de Trabajo de Insomnio de la Sociedad Española de Sueño. Sección de Neurofisiología Clínica, Hospital Clínico Universitario de Valencia. INCLIVA, Instituto de Investigación Sanitaria, Valencia.

Silvia Gismera,

Psicóloga y Doctora en Psicología de la Salud, experta en gestión de empresas saludables y CEO de Dormirmejor.

Anjana López,

Especialista en Neurofisiología Clínica en el Centro de Consultas Médicas (CCM) de Mompía y en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Miembro del Grupo Nacional de trabajo de Insomnio de la Sociedad Española de Sueño (SES).

Teresa Molina,

Enfermera de la Unidad Multidisciplinar de Sueño del Hospital del Vall d'Hebron de Barcelona y vicepresidenta de la Asociación Española de Enfermería en Neurociencias (AEEN).

Esta guía ha sido elaborada gracias al trabajo conjunto de los siguientes autores:

Carla Pía,

Bioaraba, Neurociencias y trastornos del sueño. Unidad funcional de Sueño OSI Araba.

Sara Pueyo,

Enfermera en la Unidad Funcional de Sueño de la OSI Araba.

Jesús Pujol,

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Equipo de Atención Primaria Balaguer. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Lleida. Grupo de trabajo de Neurología de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

María Robles,

Doctora en psiquiatría. Especialista en adicciones, patología dual, trastornos de ansiedad y depresión.

Odile Romero,

Neurofisióloga y Jefa clínico de la Sección de Neurofisiología y coordinadora de la Unidad Multidisciplinar de Sueño del Hospital del Vall d'Hebron, Barcelona. Coordinadora del grupo de trabajo sanitario de la Alianza por el Sueño.

Juan Carlos Rueda,

Responsable del Servicio Médico SABIC. Presidente de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT).

Ignacio Sánchez-Arcilla,

Jefe de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Guadalupe Silveira,

Médica especialista en Neumología y acreditada como Experta en Medicina del Sueño por FESMES. Unidad Multidisciplinar de Trastornos del Sueño del Hospital del Mar, Barcelona.

Marta del Villar,

Psicóloga, bióloga y bioquímica, experta universitaria en sueño, responsable del centro Sueño Galicia (A Coruña).

Rybel Wix,

Médico especialista en Neurofisiología Clínica y Medicina del Sueño, Unidad de Sueño del Hospital Universitario de La Princesa y HM Sanchinarro.



01.

Definición de TCC-I,
evaluación inicial y
formulación del caso

Definición de TCC-I, evaluación inicial y formulación del caso

Definición:

La **Terapia Cognitivo-Conductual para el Insomnio (TCC-I)** es el tratamiento de primera línea para el insomnio crónico. Su objetivo es restaurar la autorregulación natural del sueño. Para lograrlo, se dirige a los factores que mantienen el problema, en lugar de limitarse a tratar los síntomas (1-3).

Es una intervención **estructurada y multicomponente**, que se aplica habitualmente en 4 a 8 sesiones con la colaboración activa del paciente. Integra estrategias conductuales, cognitivas y psicoeducativas que se combinan de forma individualizada en función de la evaluación y la formulación del caso.



Evaluación inicial:

La evaluación inicial busca comprender el insomnio en su contexto clínico y funcional. Aunque el diagnóstico es relevante para descartar otras causas, valorar comorbilidades y orientar derivaciones, el foco principal se sitúa en identificar los mecanismos de mantenimiento que guiarán la intervención.

Tabla 1. Áreas mínimas de exploración en la entrevista clínica inicial del insomnio

Área de exploración	Contenidos clave
Motivo de consulta y curso	Inicio, duración, evolución.
Patrón de sueño actual	Horarios, latencia, despertares, calidad.
Factores precipitantes	Estrés, cambios vitales, salud.
Conductas de seguridad	Siestas, ajustes horarios, estimulantes, sedantes.
Impacto diurno	Fatiga, atención, rendimiento, irritabilidad.
Creencias y emociones	Preocupación, miedo a no dormir, frustración.
Comorbilidades	Otros trastornos del sueño, somáticos o psicológicos.

Definición de TCC-I, evaluación inicial y formulación del caso

La entrevista clínica es la base del proceso y permite reconstruir la historia del insomnio, el patrón de sueño actual, los factores precipitantes y perpetuantes, así como sus consecuencias diurnas. Se complementa con instrumentos validados y, de forma central, con el diario de sueño, que permite objetivar el patrón de descanso y monitorizar el cambio terapéutico.

Tabla 2. Indicadores básicos del diario de sueño

Hora de acostarse
Hora de intentar dormir
Latencia inicial del sueño (SOL)
Nº de despertares nocturnos
Tiempo despierto nocturno (WASO)
Hora del despertar final
Hora de levantarse
Calidad subjetiva del sueño
Comentarios

Nota: A partir de estos registros se derivan el tiempo total de sueño y la eficiencia del sueño. Indicadores basados en el *Consensus Sleep Diary* (Carney *et al.*, 2012).

Formulación del caso:

La formulación del caso integra esta información en una hipótesis individualizada que explica el insomnio y orienta la intervención.

El **modelo de las tres P** (predisponentes, precipitantes y perpetuantes) es el marco más utilizado (4). La formulación se comparte con el paciente como un mapa de mantenimiento y se revisa a lo largo del tratamiento, guiando la selección y el ajuste de los distintos componentes de la TCC-I.



Definición de TCC-I, evaluación inicial y formulación del caso

Referencias:

1. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, *et al.* European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017;26(6):675–700.
2. Perlis ML, Jungquist CR, Smith MT, Posner D. *Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia: A Session-by-Session Guide.* New York: Springer; 2005.
3. Espie CA. *The Clinician's Guide to Cognitive and Behavioural Therapeutics for Insomnia.* Cambridge: Cambridge University Press; 2025.
4. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. *A behavioral perspective on insomnia treatment.* *Psychiatr Clin North Am.* 1987;10(4):541–53.



02.

Modalidades y formatos
de la TCC-I

Modalidades y formatos de la TCC-I

Desde un punto de vista clínico, la terapia puede organizarse en función de la estrategia terapéutica adoptada y del modo en que se entrega la intervención.

Modalidad clínica (estrategia terapéutica adoptada en términos de intensidad, alcance y secuenciación de la intervención).

La TCC-I estándar corresponde al modelo multicomponente completo, que integra estrategias conductuales (principalmente restricción del tiempo en cama y control de estímulos), cognitivas, psicoeducativas y de regulación de la activación. Este modelo ha mostrado los mejores resultados globales, si bien la selección, el peso relativo y la secuencia de los componentes deben ajustarse de forma individualizada según la formulación del caso (3).

Tabla 3. Componentes de la TCC-I estándar

Componente	Definición
Psicoeducación	Educación sobre el sueño y pautas de higiene del sueño.
Control de estímulos	Reentrenamiento de la asociación cama-sueño mediante pautas conductuales.
Restricción del tiempo en cama	Ajuste del tiempo en cama para aumentar la presión de sueño y su eficiencia.
Intervención cognitiva	Modificación de creencias y actitudes disfuncionales sobre el sueño; manejo de la rumia.
Regulación de la activación	Estrategias para reducir la activación fisiológica y cognitiva.

En determinados contextos pueden emplearse modalidades de menor intensidad, como la **TCC-I breve o focal**, centrada en los componentes nucleares del tratamiento. Esta modalidad resulta útil en casos menos complejos o cuando existen limitaciones de tiempo y recursos (2).



El **modelo escalonado (stepped care)** propone iniciar la intervención con estrategias de baja intensidad y progresar hacia modalidades más complejas en función de la respuesta clínica, siendo especialmente relevante en atención primaria y sistemas con alta demanda asistencial (1, 4).

La **TCC-I integrada** se aplica cuando el insomnio coexiste con comorbilidades relevantes (psiquiátricas, médicas o uso crónico de hipnóticos), requiriendo coordinación con otros tratamientos y profesionales.

Por último, se distinguen modalidades de **mantenimiento o prevención de recaídas**, orientadas a consolidar los cambios logrados, así como adaptaciones específicas de la TCC-I para poblaciones o contextos particulares (p. ej., edad avanzada o trabajo a turnos).

Modalidades y formatos de la TCC-I

Formato de aplicación (el modo de entrega de la intervención)

La TCC-I puede aplicarse de forma **individual o grupal, presencial u online**, y mediante soporte digital, con distintos grados de implicación del profesional.

La evidencia disponible indica que la TCC-I individual o grupal presencial y la intervención online guiada presentan efectos clínicos robustos, mientras que las intervenciones digitales no guiadas muestran un efecto moderado (5).

En el contexto español, el formato más utilizado es el individual presencial, mientras que el formato grupal se emplea principalmente en el sistema público y en programas estructurados. Las modalidades digitales pueden utilizarse como apoyo o como primer escalón en modelos escalonados, con resultados clínicos más modestos.

Tabla 4. Modalidades de TCC-I y formatos habituales en España

Modalidad clínica	Formato habitual	Indicaciones principales
TCC-I estándar	Individual presencial o grupal	Abordaje completo; grupos homogéneos
TCC-I breve / focal	Individual presencial u online	Insomnio leve-moderado.
TCC-I escalonada	Individual presencial; grupal inicial	Atención pública; recursos limitados
TCC-I integrada	Individual presencial	Insomnio + comorbilidad
TCC-I de mantenimiento	Online / contactos breves	Prevención de recaídas
TCC-I adaptada	Individual presencial u online	Poblaciones especiales



Modalidades y formatos de la TCC-I

Referencias:

1. Espie CA. *The Clinician's Guide to Cognitive and Behavioural Therapeutics for Insomnia*. Cambridge: Cambridge University Press; 2025.
2. Baglioni C, Espie CA, Riemann D. *Cognitive-Behavioural Therapy for Insomnia (CBT-I) across the life span: guidelines and clinical protocols for health professionals*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2022.
3. Edinger JD, Carney CE. *Overcoming Insomnia: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach. Therapist Guide*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2015.
4. Espie CA. Stepped care: a health technology solution for delivering cognitive behavioral therapy as a first-line insomnia treatment. *Sleep*. 2009;32(12):1549–58.
5. Riemann D, Espie CA, Altena E, *et al*. The European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia – 2023 update. *J Sleep Res*. 2023;32(6):e14035.



03.

Indicaciones: criterios de
selección

Indicadores: criterios de selección

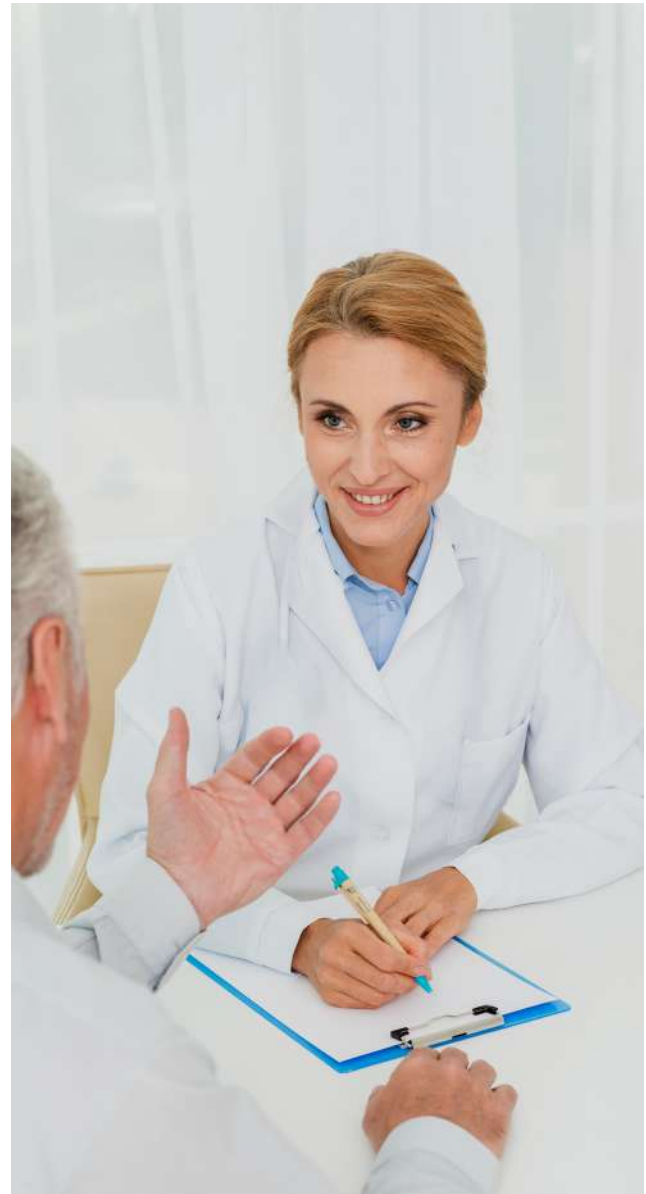
La TCC-I, como tratamiento de primera línea para el insomnio crónico, puede indicarse en la mayoría de pacientes, independientemente de la edad, la comorbilidad médica o psiquiátrica o el uso concomitante de medicación (1-3).

En la práctica, cualquier paciente con diagnóstico de insomnio crónico puede ser candidato, **siendo la principal limitación para su indicación la disponibilidad de acceso a profesionales formados más que criterios clínicos específicos.**

Para iniciar el tratamiento, es necesario que el paciente comprenda y acepte un abordaje psicológico activo, que incluye la aplicación de pautas conductuales y la realización de tareas entre sesiones (p. ej., diario de sueño). La selección de la modalidad y el formato debe realizarse mediante decisión compartida.

Asimismo, conviene advertir que el tratamiento requiere cambios conductuales exigentes y que puede asociarse a un empeoramiento transitorio inicial de los síntomas.

La presencia de medicación hipnótica o sedante no impide iniciar TCC-I (1). En estos casos se recomienda una valoración individualizada y coordinación con el profesional prescriptor, teniendo en cuenta la gravedad clínica, el funcionamiento diurno y la capacidad del paciente para implicarse en el tratamiento.



Referencias:

1. Riemann D, Espie CA, Altena E, *et al.* The European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia – 2023 update. *J Sleep Res.* 2023;32:e14035.
2. Espie CA. *The Clinician's Guide to Cognitive and Behavioural Therapeutics for Insomnia.* Cambridge: CUP; 2025.
3. a) Baglioni C, Espie CA, Riemann D. *CBT-I across the life span.* Wiley-Blackwell; 2022. b) Edinger JD, Carney CE. *Overcoming Insomnia: Therapist Guide.* 2nd ed. Oxford University Press; 2015.



04.

Componentes según
mecanismo de acción

Componentes según mecanismo de acción

La identificación de los distintos mecanismos de mantenimiento del insomnio crónico permite orientar la selección, el peso relativo y la secuencia de los componentes terapéuticos de la TCC-I. La Tabla 6 sintetiza los principales mecanismos implicados en el insomnio crónico y los componentes nucleares de la TCC-I que actúan preferentemente sobre cada uno de ellos. Los subapartados siguientes desarrollan cada mecanismo de forma específica, con un enfoque clínico y aplicado.

Tabla 5. Mecanismos de mantenimiento y componentes de la TCC-I

Mecanismo de mantenimiento	Descripción	Componentes prioritarios
Creencias disfuncionales y control cognitivo	Interpretaciones erróneas sobre el sueño y esfuerzos mentales por controlarlo que incrementan la activación.	Psicoeducación Intervención cognitiva
Conductas maladaptativas y condicionamiento sueño-vigilia	Conductas que debilitan la asociación cama-sueño y reducen la presión de sueño.	Control de estímulos Restricción del tiempo en cama
Hiperactivación fisiológica y cognitiva	Estado de activación fisiológica y mental incompatible con el sueño.	Regulación de la activación

4.1 Creencias disfuncionales y control cognitivo

Las **creencias y actitudes disfuncionales** incluyen expectativas rígidas sobre la cantidad o calidad de sueño necesarias para funcionar adecuadamente, interpretaciones catastrofistas de las consecuencias de dormir mal y una valoración excesiva del sueño como condición indispensable para el bienestar diurno.

Estas creencias suelen ir acompañadas de esfuerzos cognitivos dirigidos a controlar el sueño, como la monitorización constante del estado de somnolencia, la anticipación ansiosa del rendimiento al día siguiente o la exigencia interna de “tener que dormir”. Lejos de facilitar el descanso, este control cognitivo incrementa la vigilancia y la activación, interfiriendo con los procesos naturales de inicio y mantenimiento del sueño (1,3).

Desde un punto de vista clínico, no es solo el contenido de las creencias lo que resulta problemático, sino la relación activa y esforzada con el descanso que se establece a partir de ellas (1). En este sentido, el intento de controlar el sueño se convierte en un factor perpetuante central del insomnio, al favorecer un estado de alerta incompatible con el descanso.



Componentes según mecanismo de acción

El abordaje de este mecanismo se realiza fundamentalmente mediante dos componentes que permiten modificar tanto el marco explicativo del paciente como su forma de relacionarse con el sueño (2):

1. La **psicoeducación** proporciona información ajustada sobre la fisiología del sueño, su variabilidad normal y los límites del control voluntario, contribuyendo a reducir expectativas irreales y a normalizar la experiencia de dormir mal de forma ocasional.

2. La **intervención cognitiva** se orienta a identificar y cuestionar interpretaciones disfuncionales sobre el sueño y sus consecuencias, así como a reducir los procesos de control y vigilancia mental. El objetivo no es “pensar correctamente” para dormir mejor, sino reducir el esfuerzo cognitivo dirigido al sueño, favoreciendo una actitud más flexible y menos centrada en el rendimiento nocturno (1).

Tabla 6. Ejemplo de reestructuración cognitiva en la TCC-I

Situación	Pensamiento automático	Respuesta emocional / conductual	Pensamiento alternativo
No consigo conciliar el sueño. Llevo más de una hora en la cama.	“Qué horror, mañana no rendiré.	Ansiedad, frustración. Vigilancia del reloj.	“Puedo funcionar aunque duerma menos; forzar el sueño ahora no ayuda.”

Estas intervenciones buscan, en conjunto, reducir la activación cognitiva asociada al dormir, facilitar el abandono de estrategias mentales contraproducentes y permitir que el sueño ocurra de forma más espontánea. La selección y el peso relativo de cada componente deben ajustarse en función de la formulación del caso, teniendo en cuenta la intensidad de las creencias disfuncionales y el grado de control cognitivo presente.

Referencias:

1. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther.* 2002;40(8):869–893.

2. Perlis ML, Jungquist C, Smith MT, Posner D. *Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia: A Session-by-Session Guide.* New York: Springer; 2005.

3. Espie CA, Broomfield NM, MacMahon KM, Macphee LM, Taylor LM. The psychobiology of insomnia: a neurocognitive perspective. *Sleep Med Rev.* 2006;10(1):69–86.

Componentes según mecanismo de acción

4.2 Conductas maladaptativas

Las **conductas maladaptativas** suelen surgir como intentos comprensibles de compensar la falta de descanso o prevenir sus consecuencias, y acaban interfiriendo con los procesos que regulan el sueño y la vigilia, perpetuando el problema.

Entre las más frecuentes se incluyen la **vigilia prolongada en cama**, los **horarios irregulares**, las **siestas**, el uso de la cama para **actividades incompatibles** con el descanso y otras conductas de seguridad. En conjunto, estos patrones **debilitan la asociación cama-sueño** y favorecen estados de activación nocturna (1,3). Desde un punto de vista clínico, este mecanismo se explica por dos procesos principales (2,3):

1. La pérdida del **condicionamiento estímulo-respuesta**, de modo que la cama deja de funcionar como señal de sueño y se asocia progresivamente a vigilia y esfuerzo.

2. La disminución de la **presión homeostática**, consecuencia de horarios irregulares, tiempo excesivo en cama o compensaciones diurnas.

Para abordar estos procesos, la TCC-I cuenta con dos componentes centrales: (4).

1. Control de estímulos:

Su objetivo es restablecer la función de la cama como estímulo discriminativo de sueño.

Las pautas más habituales incluyen (1):

- Reservar la cama para dormir (y actividad sexual).
- Levantarse si no se logra conciliar el sueño, o tras un despertar nocturno prolongado.
- Mantener una hora fija de levantarse, incluidos los días festivos.
- Evitar las siestas (o limitarlas si son necesarias).

La eficacia de este componente depende menos de la aplicación rígida de normas que de la comprensión del principio de condicionamiento que lo sustenta, así como de una implementación progresiva y adaptada al caso.



Componentes según mecanismo de acción

2. Restricción del tiempo en cama

Su objetivo es consolidar el sueño mediante una reducción inicial del tiempo en cama. Este procedimiento incrementa la presión homeostática, reduce la fragmentación del sueño y facilita su reorganización. Suele incluir los siguientes pasos en la aplicación práctica habitual (2):

- Calcular el tiempo total de sueño (TTS) como promedio de los últimos 7 días de diario de sueño.
- Establecer una ventana de sueño inicial igual al TTS medio (mínimo 5 horas).
- Fijar una hora de levantarse estable y calcular hacia atrás la hora de acostarse según la ventana asignada.
- Revisar semanalmente la eficiencia del sueño ($ES = TTS / \text{tiempo en cama} \times 100$):
 - $ES \geq 85-90\% \rightarrow$ ampliar 15-30 minutos.
 - $ES < 80\% \rightarrow$ reducir 15 minutos.
 - $ES 80-85\% \rightarrow$ mantener igual.
- Ajustar progresivamente hasta alcanzar sueño suficiente y estable.
- Ejemplo: *paciente que se acuesta a las 22:00 y se levanta a las 7:00, y tiene un tiempo total de sueño de 6 horas. Su eficiencia es igual a $6/9 \times 100 = 66.6\%$. A este sujeto le indicaríamos una RTC de 6.5 horas, con un horario de 00:30-7:00.*

Al inicio, la RTC suele asociarse a un aumento transitorio de la somnolencia diurna, por lo que requiere una adecuada preparación del paciente y un seguimiento clínico cercano.

Finalmente, las recomendaciones de **higiene del sueño** pueden formar parte del tratamiento como estrategias complementarias, en la medida en que contribuyen a reducir interferencias externas con el descanso. Incluyen pautas sobre el consumo de sustancias, la activación previa al sueño, el entorno del dormitorio y la regularidad de los horarios. Sin embargo, no suelen ser eficaces por sí solas y deben subordinarse a las medidas descritas (4,5).



Componentes según mecanismo de acción



Figura 1. Pirámide del Sueño. Extraída de Alianza por el Sueño.

Para una conceptualización didáctica de la importancia y jerarquía de estas normas, diversos modelos, como **la Pirámide del Sueño**, propuesta por la Alianza por el Sueño (2) (ver figura 1), proponen la estructura donde la base se centra en los pilares fundamentales (regularidad circadiana y optimización ambiental) y el vértice en los hábitos de ingesta y la rutina de desconexión.

En la práctica clínica, el control de estímulos y la RTC se aplican de forma integrada y secuencial, ajustándose a la formulación del caso y a la tolerancia del paciente (5). Su correcta implementación requiere una adecuada psicoeducación previa y un seguimiento cercano, dado que implican cambios conductuales significativos y pueden generar resistencia inicial.

En conjunto, estos componentes permiten restablecer las condiciones necesarias para que el sueño vuelva a producirse de forma más estable y eficiente.

Referencias:

1. Bootzin RR. Stimulus control treatment for insomnia. *Proc Am Psychol Assoc.* 1972;7:395–396.
2. Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep.* 1987;10(1):45–56.
3. Perlis ML, Jungquist C, Smith MT, Posner D. *Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia: A Session-by-Session Guide.* New York: Springer; 2005.
4. Riemann D, Espie CA, Altena E, *et al.* The European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia – 2023 update. *J Sleep Res.* 2023;32(6):e14035.
5. Baglioni C, Altena E, Bjorvatn B, *et al.* CBT-I across the lifespan: clinical adaptations, challenges, and opportunities. *Sleep Med Rev.* 2022;62:101597.

Componentes según mecanismo de acción

4.3 Hiperactivación

La **hiperactivación fisiológica y cognitiva** se manifiesta como un estado de activación incompatible con el inicio y el mantenimiento del sueño, que puede implicar tanto procesos fisiológicos (activación autonómica) como cognitivos (preocupación, rumiación y vigilancia) (1,2).

Desde el punto de vista clínico, este mecanismo se asocia a una **respuesta de alerta persistente**, especialmente en el contexto nocturno, que dificulta la transición al sueño y favorece los despertares. La **anticipación negativa**, la **monitorización** del sueño y los intentos de controlarlo contribuyen a mantener este estado de activación (2,3).

Para abordar este mecanismo, la TCC-I incorpora estrategias de regulación de la activación, que tienen un papel auxiliar y se aplican de forma selectiva según la formulación del caso (4):

1. La regulación de la activación fisiológica

se orienta a reducir el nivel de activación autonómica previo al sueño. Puede incluir técnicas de **relajación** validadas, como la relajación muscular progresiva o la respiración lenta diafragmática, así como rutinas de **desaceleración** previas al sueño. Estas estrategias no buscan inducir el sueño de forma directa, sino facilitar las condiciones para que este ocurra de manera más espontánea.

2. La regulación de la activación cognitiva,

que puede expresarse en forma de preocupación, rumiación o vigilancia procesos incrementan el estado de alerta y favorecen una relación activa y esforzada con el sueño, incompatible con su aparición promueve una actitud más flexible y menos vigilante. En lugar de intentar controlar la actividad mental nocturna, se emplean estrategias dirigidas a reducir la focalización en el sueño y el esfuerzo cognitivo asociado. A modo de ejemplo, pueden utilizarse la **descarga escrita de preocupaciones** o la **intención paradójica**, orientadas a disminuir la rumiación y la vigilancia.

Componentes según mecanismo de acción

Tabla 7. Técnicas metacognitivas y atencionales (TCC-I)

Técnicas	Descripción / Definición	Objetivo clínico principal
Control cognitivo	Cerrar el día antes de acostarse	Reducir la preocupación anticipatoria
Tiempo programado de preocupación	Reservar 15–20 min diurnos para preocuparse	Disminuir rumiación nocturna
Atención flexible	Pasar de foco interno a externo	Reducir monitorización del sueño
Etiquetar y volver	Nombrar el pensamiento y volver al foco	Disminuir lucha cognitiva
Defusión	Observar pensamientos sin discutirlos	Reducir fusión cognitiva
Mindfulness	Atención abierta y no enjuiciadora	Disminuir reactividad emocional
Intención paradójica	Intentar permanecer despierto	Reducir ansiedad por dormir
Imaginería mental	Generar imágenes neutras/ agradables	Interrumpir rumiación

Estas técnicas se aplican de forma selectiva y complementaria, integradas con los componentes conductuales de la TCC-I, con el objetivo de reducir la interferencia cognitiva sin aumentar el esfuerzo mental ni la autoobservación nocturna.

Referencias:

1. Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B, *et al.* The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence. *Sleep Med Rev.* 2010;14(1):19–31.
2. Espie CA. Insomnia: conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. *Annu Rev Psychol.* 2002;53:215–243.
3. Perlis ML, Giles DE, Mendelson WB, Bootzin RR, Wyatt JK. Psychophysiological insomnia: the behavioural model and a neurocognitive perspective. *J Sleep Res.* 1997;6(3):179–188.
4. Baglioni C, Altena E, Bjorvatn B, *et al.* CBT-I across the lifespan: clinical adaptations, challenges, and opportunities. *Sleep Med Rev.* 2022;62:101597.



05.

Evaluación de resultados

Evaluación de resultados

La evaluación de resultados en la TCC-I debe entenderse como un proceso continuo, integrado en el seguimiento clínico y orientado a guiar la intervención.

Tabla 8. Dominios e indicadores clave en la evaluación de resultados

Dominio clínico	Qué se evalúa	Indicadores habituales
Severidad del insomnio	Severidad global del insomnio	ISI
Sueño nocturno	Organización y consolidación del sueño	Latencia, despertares, tiempo total de sueño, eficiencia (diario del sueño)
Repercusión diurna	Impacto funcional del insomnio	Fatiga, somnolencia, malestar emocional, funcionamiento diario
Proceso terapéutico	Evolución y adherencia al tratamiento	Regularidad horaria, aplicación de pautas
Uso de hipnóticos	Dependencia a fármacos para iniciar o mantener el sueño	Reducción o retirada de medicación

La severidad global del insomnio puede evaluarse mediante instrumentos validados como el **Insomnia Severity Index (ISI)** (1). Junto a esta medida, resulta clínicamente relevante monitorizar la repercusión diurna, incluyendo fatiga, somnolencia, malestar emocional y funcionamiento cotidiano.

El **diario de sueño constituye el instrumento central del seguimiento durante la TCC-I**. Permite estimar parámetros como la latencia de inicio del sueño, el tiempo total de sueño, el tiempo de vigilia tras el inicio del sueño (WASO) y su eficiencia, valorados de forma longitudinal mediante promedios semanales. La evolución de estos indicadores guía el ajuste de los componentes terapéuticos a lo largo del tratamiento (2).

Como indicador clínico complementario, la **reducción o retirada de hipnóticos** puede considerarse un signo relevante de mejoría y autorregulación del sueño.

Adicionalmente, existen cuestionarios específicos para evaluar dimensiones asociadas al insomnio y sus factores de mantenimiento, cuya selección debe adaptarse a la formulación del caso (véase apartado 2.2). Las pruebas objetivas, como la polisomnografía, no se recomiendan de forma rutinaria y quedan reservadas para casos seleccionados (3).



Evaluación de resultados

Referencias:

1. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.* 2001;2(4):297–307.
2. Carney CE, Buysse DJ, Ancoli-Israel S, *et al.* The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep.* 2012;35(2):287–302.
3. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, *et al.* European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia – 2023 update. *J Sleep Res.* 2023;32(1):e14035.



06.

Implementación práctica
de la terapia

Implementación práctica de la terapia

Tal como se ha expuesto en los apartados anteriores, la TCC-I se organiza en torno a componentes terapéuticos seleccionados según la formulación del caso. Su aplicación clínica no responde a un protocolo rígido por sesiones, sino a una secuencia estructurada y flexible, adaptada a los mecanismos de mantenimiento identificados.

A continuación, se presenta una secuencia orientativa de aplicación en formato estándar (4–8 sesiones), cuyo orden y peso relativo deben ajustarse a la formulación individual y al contexto clínico.

Tabla 9. Secuencia habitual de aplicación de la TCC-I

Fase	Objetivo	Intervenciones clave
1. Evaluación inicial y formulación del caso	Identificar mecanismos de mantenimiento y establecer línea base	Entrevista clínica estructurada Diario de sueño (1–2 semanas) Identificación de comorbilidades Formulación compartida
2. Psicoeducación y preparación	Proporcionar marco explicativo y facilitar adherencia	Modelo 3P Regulación homeostática y circadiana Explicación de CE y RTC Higiene del sueño (complementaria)
3. Intervención conductual	Reorganizar patrón sueño–vigilia	Control de estímulos Restricción del tiempo en cama Establecimiento y ajuste de ventana Seguimiento semanal del diario
4. Componentes cognitivos y regulación de la activación	Reducir interferencias cognitivas y fisiológicas	Reestructuración cognitiva Reducción del control cognitivo Manejo de rumiación Técnicas de relajación
5. Consolidación y prevención	Mantener la autorregulación y prevenir recurrencias	Ampliación progresiva de ventana Plan de recaídas Identificación de señales tempranas Seguimiento diferido (si indicado)

Implementación práctica de la terapia

Consideraciones clínicas:

La secuencia descrita resume la organización habitual del tratamiento, pero su aplicación exige ajuste continuo en función de la respuesta clínica.

Tras la introducción de los componentes conductuales puede observarse un empeoramiento transitorio inicial, con mayor somnolencia diurna o percepción subjetiva de peor sueño, fenómeno que debe anticiparse y contextualizarse adecuadamente.

El ajuste progresivo de la ventana de sueño se realiza a partir de los registros semanales del diario, lo que implica monitorización sistemática y revisión periódica.

La intervención no se limita a la prescripción de pautas, sino que requiere evaluación y adaptación continuas.

La incorporación de componentes cognitivos o estrategias de regulación de la activación depende de la formulación individual y no responde a un momento fijo del proceso.

Finalmente, la fase de consolidación implica no solo ampliar la ventana hasta estabilización, sino preparar al paciente para manejar fluctuaciones normales del sueño sin reactivar conductas de seguridad. Esta secuencia es orientativa y puede adaptarse según la modalidad de aplicación, el contexto asistencial y la evolución clínica.





07.

Limitaciones y
contraindicaciones

Limitaciones y contraindicaciones

Aunque la TCC-I es aplicable a la mayoría de los pacientes con insomnio crónico (véase apartado 4.4), existen situaciones en las que puede no ser adecuada de forma inmediata o requerir adaptaciones relevantes.

Contraindicaciones:

Pueden contraindicar o posponer temporalmente el inicio del tratamiento (1-2):

- Deterioro cognitivo grave u otras condiciones que impidan comprender o aplicar las pautas básicas.
- Trastornos psiquiátricos graves en fase aguda (p. ej., psicosis activa, episodio maníaco).
- Consumo activo de sustancias que interfiera de forma significativa con el sueño o la adherencia.
- Trastornos del sueño que expliquen el cuadro clínico o requieran un abordaje específico previo (p. ej., apnea del sueño no evaluada).
- Condiciones médicas inestables que desaconsejen temporalmente intervenciones conductuales intensivas.

Adaptaciones:

En pacientes con trastorno bipolar o epilepsia, así como en población mayor, la TCC-I puede requerir adaptaciones y una monitorización estrecha, especialmente si se aplica restricción del tiempo en cama (2, 3).

El uso de hipnóticos a dosis elevadas o combinaciones complejas puede interferir con el aprendizaje terapéutico. En estos casos puede ser necesario adaptar el tratamiento o posponer su inicio hasta alcanzar una mayor estabilidad clínica, siempre en coordinación con el profesional prescriptor (1, 2).

Estas situaciones no excluyen necesariamente la TCC-I, pero pueden requerir adaptación del formato, intervención previa sobre la condición limitante o reevaluación del momento más adecuado para iniciar el tratamiento.



Limitaciones y contraindicaciones

No-respondedores:

En los casos de no respuesta a la TCC-I, el factor más frecuente es la falta de adherencia, más que la ineficacia de los componentes del tratamiento (3). También pueden influir variables relacionadas con el paciente (motivación, expectativas, comorbilidad), con el terapeuta (alianza, claridad en las pautas), con la formulación del caso, o con la forma de aplicar la intervención (rigidez o escasa adaptación).

Referencias:

1. Riemann D, Espie CA, Altena E, *et al.* The European Insomnia Guideline: an update on the diagnosis and treatment of insomnia – 2023. *J Sleep Res.* 2023;32(6):e14035.
2. Condon LM, Cristancho P, Janjua SA, Arnedt JT. Adapting CBT-I for medical and psychiatric conditions: a review. *Sleep Med Rev.* 2021;58:101446.
3. Nowakowski S, Perlis ML, Bootzin RR. Adapting cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) for people who have failed CBT-I and other special considerations. En: Nowakowski S, Perlis ML, Bootzin RR, editores. *Adapting cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I)*. Oxford: Oxford University Press; 2021. p.405-429.



08.

Conclusiones

Conclusiones

Abordar el insomnio no solo como un síntoma aislado, sino como un trastorno con implicaciones sistémicas y organizacionales, permite avanzar hacia un modelo de atención más preventivo, racional y sostenible.

La Terapia Cognitivo-Conductual para el Insomnio (TCC-I) se consolida como la intervención de elección en el tratamiento del insomnio crónico, que se alinea además con la búsqueda de la sostenibilidad y prevención en el modelo asistencial. Su eficacia sostenida, su perfil de seguridad y su capacidad para restaurar la autorregulación del sueño la sitúan como alternativa preferente frente al uso prolongado de hipnóticos. Su correcta aplicación exige formación, competencias clínicas definidas y una integración adecuada en los distintos niveles asistenciales.



 **ALIANZA**
POR EL SUEÑO

www.alianzasueno.com